

**INDICATIONS
ET RÉSULTATS ACTUELS
DU "MIKULICZ"
EN GYNÉCOLOGIE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean GAUDUEL

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

—
1954

INDICATIONS ET RESULTATS ACTUELS
DU « MIKULICZ » EN GYNECOLOGIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553217_0033

INDICATIONS ET RÉSULTATS ACTUELS DU "MIKULICZ" EN GYNÉCOLOGIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean GAUDUEL

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON
BOSC Frères
Imprimeurs-Editeurs
42, quai Gailleton, 42

—
1954

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen.
Assesseur.

M. J. LEPINE.
M. HERMANN.
M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART.
PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphique
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Histologie.
Pharmacie et Pharmacologie
Botanique et Cryptogamie
Physiologie.
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

MM. FROMENT
P. RAVAU
SANTY.
WERTHEIMER.
BERNH. IM.
BONNET.
REBATTU.
CIBERT.
DUFOUT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
NOEL.
LEULIER.
NETIEN.
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTUS.
(détaché à Beyrouth:
MAZEL.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEMAND.
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
JOURDAN.
REVOL.
BOURRET.
LEVRAT.
SOHIER.
BERTRAND.

Médecine du travail
Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique et Climatologie
Anatomie.
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Biologie médicale
Pharmacie galénique.
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique.
Hygiène.
Propédeutique chirurgicale

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique..... M. BANSILLON.

Pharmacie et Pharmacologie	DREVON.	Chimie organique et Toxicologie	BADINAND
----------------------------------	---------	---------------------------------------	----------

MAITRES DE CONFERENCES — AGREGES

Physique biologique	BERGER.	Parasitologie.....	ROMAN.
Parasitologie	COUDRET.	Histologie	TUSQUES
Physiologie	CHATONNET.	Chimie biologique	R. CREYSEL.
Physiologie	CIER.	Bactériologie	BERTOYE.

AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
Pathologie médicale BRUN.	Obstétrique MAGNIN
Pathologie médicale M. GIRARD.	Obstétrique MATHIEU.
Pathologie médicale P. GIRARD.	Anatomie pathologique .. GUICHARD.
Pathologie médicale JEUNE.	Orthopédie MARION.
Pathologie médicale VACHON.	Anatomie LATARJET
Pathologie médicale GALY.	Neuro-chirurgie LECLERC.
Pathologie médicale GONIN.	Oto-rhino-laryngologie ... MAYOUX.
Pathologie chirurgicale ... BERARD.	Ophtalmologie PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale ... DARGENT.	Urologie PERRIN.
Pathologie chirurgicale ... DESJACQUES.	Dermato-syphiligraphie .. THIERS.
Pathologie chirurgicale ... LABRY.	Médecine légale et Médecine du Travail ROCHE.
Pathologie chirurgicale ... MANSUY.	
Pathologie chirurgicale ... TRILLAT.	
Pathologie chirurgicale ... GUILLET.	
Obstétrique BROCHIER.	

CHARGES DES FONCTIONS D'AGREGE

Hygiène BENAZET.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. ROCHET ; Assesseurs : MM. LABRY
CLAVEL et GUILLET

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

Qu'ils trouvent ici un faible gage de
reconnaissance et d'affection.

A MA FEMME

A MES FRERES ET SŒUR

A MA BELLE-MERE

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et l'assurance de notre respectueuse admiration.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABRY

Il a bien voulu nous confier un sujet qui lui est cher.

Au cours des huit mois passés dans son service, nous avons pu apprécier sa gentillesse bourrue, sa connaissance humaine des malades et sa compétence.

Notre gratitude est encore accrue depuis qu'il a prodigué ses soins dévoués à notre mère et à notre femme.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAVEL

Il a guidé nos premiers pas d'hypothèse puis d'externe. La clarté de son enseignement, son bon sens nous ont séduit. Nous tenons à lui exprimer notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLET

En hommage respectueux.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAVEL

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRAUD

MONSIEUR LE DOCTEUR PEYCELON

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABRY

MONSIEUR LE DOCTEUR PALIARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

MONSIEUR LE DOCTEUR NAUSSAC

C'est à eux que nous devons toutes nos connaissances. Par leur exemple, ils nous ont enseigné le sens de l'humain. Nous sommes fier d'être leur élève.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECROARD

Chirurgien de l'Hôpital de Moutiers

Il nous a permis de passer une année aussi fertile qu'agréable et d'acquérir des connaissances pratiques inestimables.

Nous l'en remercions profondément.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUTTIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR TAMIGI

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

INTRODUCTION

A l'époque où les antibiotiques connaissent des succès éclatants dans la lutte contre l'infection péritonéale, où l'hémostase a fait, en particulier, grâce à l'électro-coagulation, des progrès considérables, où, enfin, la sûreté des méthodes d'anesthésie générale permet des opérations plus longues et parfaites avec un « silence abdominal » satisfaisant, il peut apparaître suranné d'aborder encore une étude sur les intérêts « du drainage à la mikulicz ».

Toutefois, recherchant dans les observations du service de chirurgie gynécologique de l'Hôtel-Dieu (Docteur LABRY), depuis l'année 1949 jusqu'en 1953, nous avons eu la surprise de trouver un nombre relativement important de malades dont l'état a justifié l'utilisation de ce moyen de drainage.

A la lecture de ces observations, il nous apparaît que le principe de cette vieille méthode garde des indications précises et que dans des cas bien choisis, le « mikulicz » peut être encore, selon le mot de J.-L. FAURE, « un sauveur de vies humaines ».

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Lorsque von MIKULICZ RADECKI décrivit et systématisa la technique du tamponnement par la gaze comme moyen de drainage péritonéal, il fut certain qu'un grand progrès était réalisé.

En effet, à cette époque, la pratique des grands lavages antiseptiques constituait encore le traitement classique des péritonites. Différents auteurs avaient pourtant préconisé des techniques de drainage plus ou moins compliquées et plus ou moins efficaces : drainage vaginal par le cul de sac de Douglas (PEASLEE, 1855), long drain allant de la plaie abdominale au vagin (OLSHAUSEN 1876), « spéculum abdominal » de HEGAR « tube de verre ou de gomme durcie de 3 à 5 cm. de large sur 18 cm. de long, introduit, soit par le vagin dans le cul de sac de Douglas, soit dans la plaie abdominale ; il le remplissait dans ses premiers essais de ouate phéniquée à laquelle il substitua plus tard la gaze iodoforme qu'il renouvelait le premier jour toutes les heures, puis toutes les deux heures et, enfin, toutes les quatre heures ». (POZZI. Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie, 29-2-1888).

Puis KERBER propose l'emploi de mèches et coton pour le drainage abdominal. Enfin, KOCHER et BERGMANN utilisent le tamponnement par la gaze. C'est ce procédé que MIKULICZ devait mettre au point et en faire une véritable méthode.

Dans un article « Ausschaltung todter Raume aus der péritonéalhöh » ou « De l'exclusion des espaces morts de la cavité péritonéale », il donne à côté de la technique exacte les principes et les rôles essentiels du sac et des mèches de gaze : *exercer une compression sur les surfaces cruentées, exclure la*

grande cavité péritonéale et antiseptiser les régions infectées, drainer par capillarité. Il décrit le danger des zones dépéritonisées qui se transforment en « véritables clapiers ou espaces morts dangereux ».

Rapidement, la méthode se généralise, introduite en Amérique par FEUGER (1887) et en France essentiellement par POZZI, en 1888. Pourtant, après l'avoir largement utilisé avec les progrès de l'asepsie chirurgicale, on en vient rapidement à faire de violents reproches au drainage, en général, et au « mikulicz », en particulier ; et pendant un demi-siècle, on note dans les différentes sociétés savantes des discussions à ce sujet.

En 1885, BÆCKEL déclarait à la Société de Chirurgie de Paris « le drainage est une erreur chirurgicale ». KELLY le condamne et son élève, CLARK, préconise la position de Trendelenbourg post-opératoire, le péritoine diaphragmatique ayant de grands pouvoirs d'absorption ; arme d'ailleurs à double tranchant, car les produits toxiques sont ainsi rapidement introduits dans l'organisme. POLLOSSON dans la thèse d'IGONET (Lyon 1906), reproche au « mikulicz » : les fistules persistantes, les convalescences retardées, les hémorragies et embolies, lors de l'ablation des mèches, les infections secondaires de la cavité péritonéale et surtout les éventrations qui se produiraient dans 50 % des cas.

HARTMANN, en 1910, le considère comme une méthode archaïque. Pourtant, POZZI, dans son traité de gynécologie, déclarait déjà en 1897 : « avec le « mikulicz », on peut entreprendre toutes sortes d'opérations si compliquées qu'elles puissent être ».

Pendant la guerre de 1914-1918, les discussions restent closes. Dès 1919, la question du « mikulicz » reparaît dans les bulletins de la Société de chirurgie de Paris. J.-L. FAURE se fait l'ardent défenseur du « mikulicz » et publie l'amélioration notable de ses statistiques dans les hystérectomies élargies pour épithélioma du col utérin depuis qu'il l'emploie. Il se heurte violemment à l'opinion de QUENU qui reproche au « mikulicz » les intoxications par la gaze iodoformée, les adhérences

à l'intestin, les éviscérations, et à DELBET, qui déclare n'avoir jamais employé de « mikulicz » dont « la grossièreté lui répugne ».

A Lyon, le « mikulicz » a été employé plus ou moins par tous les chirurgiens. VILLARD, en 1927, à la Société de chirurgie, déclare lui être resté fidèle, peut-être en souvenir des services rendus autrefois ». Il souligne que l'apparition du « mikulicz » a apporté une véritable transformation dans la chirurgie abdominale, notamment pour les interventions pelviennes, à cette époque (avant 1906), les laparatomies pour suppuration pelvienne et même pour les fibromes, s'accompagnaient de désastres en séries ; la mort par péritonite était fréquente au 3^e jour. Dès que le drainage de « mikulicz » fut entré en pratique, (le succès devint la règle). TIXIER et BONNET ont décrit une adaptation du mikulicz » pour l'incision transversale de PFANNENSTIEL.

Enfin, en 1943, COTTE, dans la thèse de RICHOU (le « mikulicz » en gynécologie), rapporte la statistique de la clinique gynécologique pendant les années antérieures et souligne l'intérêt du « mikulicz » dans tous les cas graves.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude d'ensemble plus récente sur la question, mais en lisant les bulletins des gynécologues et obstétriciens de langue française, nous avons noté plusieurs observations de cas grave où les auteurs avaient terminé encore leur intervention par la mise en place du « mikulicz ».

Il est donc intéressant de souligner que cette méthode, quoique vieille de 70 ans, a résisté aux critiques les plus acerbes, aux discussions les plus passionnées et qu'elle est encore utilisée par de nombreux gynécologues.

CHAPITRE II

LE « MIKULICZ ACTUEL »

(Tel qu'il est utilisé au Service de Gynécologie de l'Hôtel-Dieu du Docteur Labry.)

Il y a loin du « mikulicz » qui est utilisé maintenant au premier modèle employé au début du siècle. Pour MIKULICZ, il fallait pour bourer le sac à retournement classique, six mèches de gaze iodoformée de 2 mètres de longueur et 5 à 6 compresses de 30 à 50 cm. de long pour 10 cm. de large. Peu à peu, et au travers des discussions dont nous avons parlé plus haut le contenu s'est réduit aux trois mèches classiques et de nombreuses modifications plus ou moins justifiées, d'ailleurs, ont été proposées : drain au milieu du sac, mèches builées pour être enlevées plus facilement : mais alors les deux rôles essentiels hémostase et exclusion péritonéale ne sont plus aussi bien remplis.

Actuellement le « mikulicz » ne doit plus être « qu'un petit mikulicz sus-pubien » : il garde alors tout son intérêt sans exposer aux critiques plus haut décrites.

Voici la technique pour la mise en place du « mikulicz » et les soins post-opératoires utilisés dans le service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu (Docteur LABRY).

Le principe du sac persiste, peut-être seulement par routine. A la fin de l'intervention et après hémostase aussi minutieuse que possible, celui-ci est étalé soigneusement au fond de la cavité pelvienne cruentée ; deux ou trois petites mèches de 65 cm. de long et 4 cm. de large sont tassées contre la paroi

pelvienne, bien disposées et marquées pour être enlevées facilement dans l'ordre inverse de leur mise en place. Parfois ce « mikulicz » est remplacé par une seule grosse mèche ou par deux mèches sus-pubiennes qui constituent alors son équivalent.

Le lieu d'application est situé très bas, sus-pubien : il est constitué par un orifice de 3 cm. de diamètre environ, limité par deux crins prenant à cet endroit toute la paroi.

Il faut insister sur la surveillance et l'ablation des mèches qui se fait dans l'ordre en commençant vers le 2^e ou 3^e jour pour finir vers le 8^e, le sac étant ôté le lendemain de l'ablation de la dernière mèche. Les mèches et le sac doivent être tirés prudemment, lentement, en les décollant avec de l'eau oxygénée. Ceci est important, car enlever les mèches trop tôt ou trop brutalement, compromettrait la formation du cloisement péritonéal ; enlevées trop tard, elles favorisent, par contre, la rétention suppurée derrière le sac. Il faut aussi, surtout pour l'ablation du sac ou lorsqu'on n'a mis qu'une seule mèche, tirer correctement non seulement de la profondeur à la superficie, mais aussi de bas en haut vers l'ombilic, ceci afin d'éviter de couder et « d'essorer » à travers l'orifice rétréci la gaze imbibée du « mikulicz », cause de réaction péritonéale.

C'est exceptionnellement que l'on a des difficultés pour ôter le « mikulicz » et, dans notre statistique, on n'a dû employer que deux fois quelques bouffées d'anesthésique chez des malades particulièrement pusillanimes.

Le sac enlevé, de petites mèches seront introduites dans l'orifice sus-pubien pour éviter des accès de rétention. L'orifice cutané du drainage finit par constituer une petite cicatrice ombiliquée, fibreuse, très souvent insignifiante et parfois invisible dans la pilosité pubienne. Rarement, il peut persister un léger retard de cicatrisation (3 cas), ce qui n'empêche pas le lever de la malade, mais l'oblige à porter, un mois environ, un petit pansement.

Ainsi décrit, ce petit « mikulicz » garde l'intérêt de certains principes émis par MIKULICZ lui-même. Bien entendu, il n'a plus le but de porter un antiseptique dans la cavité péritonéale ni de drainer par capillarité, mais il garde deux rôles

essentiels : le tamponnement des zones cruentées lorsqu'une péritonisation est impossible et lorsqu'il est impossible de faire une hémostase complète ; et il garde aussi son rôle d'exclusion péritonéale en présence d'infection grave malgré la puissance des antibiotiques actuels.

CHAPITRE III

LES OBSERVATIONS

Nous ne donnons ici qu'un résumé très succinct du compte-rendu opératoire concernant 57 observations provenant du service de chirurgie gynécologique de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION N° 1. — C. H., 38 ans. — 16-3-49. — T. kystique de l'ovaire D. pyosalpynx G.

A.G. Lésions très importantes. A.D. gros kyste absolument fixé dans le bassin à parois très épaisses multiloculaires. Loge profonde de pus. On est obligé de l'enlever après l'avoir morcelé. Adhérence très marquée au niveau d'une ancienne colpotomie (Salpingite) ; des fragments sont laissés dans le bassin. A.G. pyosalpynx : annexectomie, conservation de l'utérus seul, mikulicz 3 mèches. Suites imple. Bons résultats éloignés.

OBSERVATION N° 2. — C. U... 50 ans. — 24-4-49. — Pyosalpynx bilatéral.

A.G. Double pyosalpynx dont on fait l'ablation après décollement du Douglas. Hystérectomie sub-totale, mikulicz à une mèche dans le Douglas au-dessous d'un sigmoïde aux parois très modifiées et en avant du rectum sur la face gauche duquel il reste l'empreinte profondément marquée du piosalpynx gauche. Suites simples. — Sortie au 17^e jour.

OBSERVATION N° 3. — M. U..., 35 ans. — 31-5-49. — Hématocèle ancienne avec annexite.

A.G. Grosse hématocèle organisée, correspondant à une grossesse tubaire D. mais, en outre, annexite G., le tout étroitement adhérent au rectosigmoïde qui est largement dépéritonisé. Ablation obligatoire des deux annexes, conservation d'un

gros utérus avec, vraisemblablement des débris ovariens. Etant donné le danger d'hémorragie du pelvis cruenté, la notion d'infection préalable (manœuvres avortives) et enfin de risque de perforation intestinale, on laisse un mikulicz à 3 mèches. Suites locales bonnes, complication pulmonaire infectieuse au 15^e jour. Sort guérie.

OBSERVATION N° 4. — C. O..., 63 ans. — 9-6-49. — Néoplasme ovarien.

A.G. Laparotomie xipho-pubienne. On découvre : 1°) un énorme utérus que l'on croit néo-plasique et qui fait saillie ; 2°) une énorme masse bloquée dans le pelvis et sous-péritonéale constituée par une tumeur de l'ovaire gauche. On pratique : 1°) une hystérectomie première : on a la surprise de constater qu'il s'agit d'un gros piomètre - évacuation d'un verre de pus ; 2°) la tumeur ovarienne est sous-péritonéale, incluse. Incision du péritoine pariétal pour la découvrir. On est obligé de l'arracher du fond du pelvis (T. à la fois enclavée, incluse et adhérente) ; 3°) On termine par un mikulicz avec une grosse mèche et deux petites. Suites simples. — Sort le 30^e jour.

OBSERVATION N° 5. — P. A..., 41 ans. — 16-6-49. — Fibrome et annexite bilatérale.

A.G. Utérus fibreux, flanqué de 2 pyosalpinx qui plongent dans le Douglas et sont intérieurement adhérents. Au-dessus, poche de péritonite sérieuse avec adhérence de l'S iliaque au fond utérin et à la vessie. Hystérectomie subtotale. Petit mikulicz à 2 mèches en raison du pelvis très cruenté et infecté. Suites simples. — Sortie au 21^e jour.

OBSERVATION N° 6. — C. A..., 25 ans. — 30-6-49. — Kyste du mésosigmoïde.

A.G. On trouve une masse kystique qui, après libération prudente, apparaît être un kyste du mésosigmoïde. L'utérus est petit, le Douglas libre. Hémorragie en nappe du méso - fermeture sur mikulicz 2 mèches. Suites simples. — Sort le 30^e jour.

OBSERVATION «° 7. — G. R..., 49 ans. — 7-7-49. — Gros fibrome utérin chez une emphysémeuse.

R.A. Hystérectomie subtotale difficile d'un utérus fibreux à col fixé au fond du bassin avec annexe adhérente. Malade obèse qui pousse et tousse. A.G. complémentaire très pénible,

syncope anesthésique. On termine par un mikulicz à 3 mèches, toute péritonisation étant impossible. — Décès au 7^e jour.

OBSERVATION N° 8. — G. A..., 22 ans — 1-10-49 — Pyosalpynx D.

A.G. Gros utérus mou en position intermédiaire. Annexe G. saine. A.D. énorme trompe turgescence dont le pavillon se trouve noyé dans une masse abcédée dont les parois sont formées par le fond coecal et la dernière anse grêle. La majeure partie de ces adhérences doit être clivée au ciseau. Dissection soigneuse de la trompe laissant, toutefois, un peu de celle-ci contre l'intestin. Salpingectomie D. Petit mikulicz à 2 mèches. Suites fébriles les premiers jours. — Sort le 21 jour.

OBSERVATION N° 9. — G. A..., 38 ans. — 18-1-50. — Pyosalpynx D. fissuré.

A.G. Présence de liquide purulent à l'ouverture du péritoine provenant d'un pyosalpynx D. fissuré dont on fait l'ablation par voie rétrograde. Mikulicz 3 mèches. Suites simples. — Sort le 21^e jour.

OBSERVATION N° 10. — M. I..., 43 ans. — 21-1-50. — Pelvipéritonite.

A.G. Pelvipéritonite cloisonnée - pyosalpynx bilatéral surtout volumineux à G., très adhérent à l'S. iliaque qui est dépéritonisé. Hystérectomie subtotale, mikulicz à 3 mèches, rendu nécessaire par l'infection et le péritoine pelvien cruent. Pc. réservé. Suites simples. — Sort au 45^e jour.

OBSERVATION N° 11. — D. O..., 43 ans. — 28-2-50. — Fibrome infecté.

A.G. Pelvi-péritonite adhésive — le grêle, l'épiploon et l'S iliaque recouvrent les annexes et l'utérus en leur adhérent. Libération — on découvre alors un utérus fibromateux flanqué de 2 annexes très adhérentes (pyosalpynx G.). Hystérectomie subtotale - mikulicz à 3 mèches. Suites simples. — Sort au 30^e jour.

OBSERVATION N° 12. — G. A..., 27 ans. — 9-3-50. — Pelvipéritonite post-abortum.

A.G. Pelvipéritonite adhésive recouvrant un abcès pelvien, — Libération. On découvre alors une sigmoidite cartonnée au

point de simuler un néplasme et un énorme pyosalpynx D. du volume d'un poing. — Annexectomie D., la trompe G. a été déjà enlevée. Mikulicz à 2 mèches dans un pelvis très cruenté et infecté. Suite fébriles. — Sort au 30^e jour. Revue juin 50. Va bien.

OBSERVATION N° 13. — B. R..., 37 ans. — 1-6-50. — Néo du col.

A.G. Wertheim. On est gêné par le volume de l'isthme utérin et par une infiltration du paramètre qui rend difficile la dissection des uretères. Celle-ci a lieu cependant à peu près normalement. A la fin de l'intervention : plaie transversale du rectum. Mikulicz 3 mèches. Fistule vaginale et abdominale régressant en 15 jours.

OBSERVATION N° 14. — B. E..., 38 ans. — 17-6-50. — Néoplasme du col — Curiethérapie.

A.G. Wertheim. Dissection de l'uretère D. beaucoup plus pénible qu'à G. car on se trouve dans un tissu feutré (curiethérapie). Opération un peu hémorragique. On termine par un mikulicz pour des raisons hémostatiques et parce que le vagin a été longuement ouvert. Suites simples. — Sortie au 30^e jour.

OBSERVATION N° 15. — C. O..., 46 ans. — 22-6-50. — Léiomyosarcome intra-ligamentaire.

A.G. Le pelvis est intimement soudé : on ne voit ni Douglas ni annexe mais seulement une masse pelvienne avec des noyaux multiples qui remplit tout le bassin. On pense d'abord à une inclusion totale et on incise largement devant et derrière le péritoine, mais il n'y a pas de plan de clivage et c'est par morcellement successif que l'on extirpe les 4/5 de la tumeur en laissant volontairement son rôle inférieur inextirpable. Danger vésical, urétéral et même rectal constant. Mikulicz à 3 mèches. Suites simples.

OBSERVATION N° 16. — E. M..., 47 ans. — 24-6-50. — Pyosalpynx bilatéral.

A.G. Enormes pyosalpynx bilatéraux du volume de deux grosses oranges. Adhérences au sygmoïde et au grêle et qu'il faut cliver. Péritonisation de l'anse grêle. Hystérectomie subtotale. L'énorme cavité laissée par le pyosalpynx D. est comblée par un mikulicz. Suites marquées par un abcès du Douglas.

OBSERVATION N° 17. — E. S..., 43 ans. — 11-7-50. — Fibrome utérin. — Tumeur ovaire droit.

A.G. Il existe bien un fibrome mais celui-ci est bloqué dans le bassin par une tumeur ovarienne droite. Hystérectomie sub-totale difficile. En raison de la zone cruentée du Douglas et de l'impossibilité d'une hémostase complète, mikulicz à 3 mèches. Suites simples.

OBSERVATION N° 18. — A. U..., 28 ans. — 14-8-50. — Nécrobiose aseptique d'un myome.

A.G. Volumineuse masse développée aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus sous le péritoine donnant à celui-ci l'aspect d'un utérus gravide. L'énucléation ramène une masse nécrotique du volume de 2 poings. Hystérectomie sub-totale, mikulicz à 3 mèches. Suites simples.

OBSERVATION N° 19. — J. A..., 52 ans. — 15-10-50. — Noéplasme de l'isthme sur utérus fibromateux.

A.G. Utérus fibromateux du volume de 2 poings, bloqué dans le pelvis. On s'aperçoit vite qu'il s'agit en réalité de lésions néoplasiques qui infiltrent le paramètre particulièrement à D. On est obligé de faire : 1°) une hystérectomie sub-totale à travers le néoplasme ; 2°) un évidement au bistouri et à la curette du col néplasique qui est fixé à la vessie, toute opération d'exécère totale étant impossible ; 3°) on termine par un mikulicz à 3 mèches. Suites simples. — Sort après curiethérapie secondaire le 2-12-50.

OBSERVATION N° 20. — D. O..., 47 ans. — 12-12-50. — Pelvipéritonite. Rechute après colpotomie (26-9-50).

A.G. Pelvipéritonite cloisonnée avec deux grosses annexes dans le Douglas surmontées d'un gros utérus fibromateux. On est obligé de pratiquer : 1°) une hystérectomie subtotala 1^{re} ; 2°) libération sous-ligamentaire d'un gros kyste purulent à gauche, que l'on doit enlever en le morcelant après aspiration. Le ligament large reste largement ouvert ; 3°) ablation de l'annexe droite, adhérente au Douglas. On termine par un mikulicz à 3 mèches. Pronostic très réservé : danger péritonéal. Uretère gauche lésé. Suites simples. — Cure d'événtration le 24-5-52.

OBSERVATION N° 21. — T. H..., 45 ans. — 28-4-51. — Néo du corps perforé.

A.G. Tout le pelvis est soudé autour d'une énorme masse kystique ressemblant à un utérus gravide. Après libération partielle, ponction ramenant 1 litre 1/2 de liquide chocolat. On libère progressivement l'utérus sur lequel se trouve un champignon néoplasique du volume d'une mandarine du côté G. Derrière tout le Douglas est distendu par une hématocele suppurée. Aspiration, hystérectomie juxta-totale faite un peu au hasard, aucun pédicule n'étant reconnaissable. Mikulicz 3 mèches. Pc. très réservés. Suites simples. — Sort au 30^e jour.

OBSERVATION N° 22. — H. U..., 39 ans. — 23-6-51. — Epithélioma tubaire.

A.G. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule une acite importante (plusieurs litres). Il s'agit d'une granulie péritonéale. Tout le bassin est bloqué par deux annexites formées par deux ovaires kystiques et des trompes oblitérées couvertes de granulation. Ablation des 2 annexes - difficulté de section des mésos qui sont très friables. Tout le pelvis est rempli d'un enduit blanchâtre ressemblant à des taches de bougie. La toilette pelvienne est terminée par un mikulicz à 3 mèches, seul moyen d'obtenir une hémostase. Suites simples. Sort le 2-8-51.

OBSERVATION N° 23. — D. U..., 56 ans. — 3-7-51. — Tumeur de l'ovaire. — Opération de propreté.

A.G. Laparotomie xypho-pubienne. Pelvis rempli par une tumeur de l'ovaire bilatérale avec granulie néo-plasique : pastilles multiples sur le grêle, l'S iliaque, l'épiplon, au point qu'on a envie de tout refermer. Cependant, dans un but charitable, on enlève 2 tumeurs des ovaires grosses comme 2 poings qui, du reste, éclatent au cours de la libération. On finit par nettoyer à peu près le pelvis et le Douglas qui restent très cruentés avec des pastilles néoplasiques. Les vaisseaux iliaques sont mis à nu, surtout à droite, avec plaie latérale d'une veine iliaque. Mikulicz à 3 mèches. Pronostic des plus graves. Suites simples. — Sort au 32^e jour.

OBSERVATION N° 24. — P. L..., 53 ans. — 12-7-51. — Hématosalpynx volvulé chez une obèse.

R.A. On est très gêné par l'obésité, les deux annexes sont adhérents. Du côté gauche existe un énorme hématosalpynx

volvulé, l'utérus est scléreux et très dur, mais pas particulièrement volumineux, hystérectomie subtotala. La malade pousse, l'intense adiposité du péritoine pariétal et des mésos qui font des masses volumineuses que l'on ne peut réprimer malgré un 3^e aide, empêchent de péritoniser. On est obligé de terminer rapidement par un mikulicz à 3 mèches. Suites fébriles avec infection cutanée. Guérison. — Sort le 30-8-51.

OBSERVATION N° 25. — M. I..., 65 ans. — 12-7-51. — Néo de l'isthe utérin.

A.G. On envisage de faire une hystérectomie abdominale totale ; en réalité, il s'agit d'un néo sus-isthmique avec envahissement de la vessie, si bien qu'on fait une hystérectomie malgré tout avec ablation des végétations, à la demande. Mikulicz 2 mèches. Suites simples. — Sort le 8-9-51.

OBSERVATION N° 26. — B. O..., 38 ans. — 4-10-51. — Néo du col. — Wertheim 2 mois après radium.

R.A. Bonne, mais de courte durée. La dissection de l'uretère D. se fait à peu près normalement. L'uretère G. ne peut être disséqué correctement jusqu'à la vessie, en raison d'un gangue très induré. Ce qui est plus fâcheux, c'est une adhérence antérieure à la vessie qui ne peut être dégagée normalement. Au moment de la dissection vaginale, la malade crie et pousse et se met à saigner abondamment. On est obligé alors et aussi vite que possible, d'ouvrir le vagin et de le sectionner, exérèse limitée en avant, crainte d'une plaie vésicale, grosse difficulté pour fermer l'abdomen (A.G. impossible, la malade ayant déjà eu une syncope au cours d'une intervention intérieure). Mikulicz 3 mèches. — Pc. très réservé. Suites simples. — Sort le 17-11-51.

OBSERVATION N° 27. — B. R..., 58 ans. — 15-11-51. — Enorme tumeur ovarienne.

A.G. Laparotomie xypho-pubienne. On passe à travers l'épiploon pour découvrir une tumeur ovarienne volumineuse (douze livres), libération de multiples adhérences ; on s'aperçoit qu'elle est, en réalité, incluse et on arrive en sous-péritonéale à la dégager progressivement, sauf en un point où l'S iliaque est très adhérent. A ce niveau, on est obligé de lier des gros vaisseaux qui intéressent peut-être le méso. On arrive ainsi à enlever cette tumeur qui laisse une zone sous-ligamentaire avec des masses néoplasiques granuleuses qui saignent en nappe.

Hémostase aussi complète que possible. Mikulicz 3 mèches. Suites marquées par une fistule stercorale se fermant spontanément.

OBSERVATION N° 28. — L. A., 41 ans. — 27-12-51. — Kyste de l'ovaire infecté. — Utérus fibromateux.

R.A. Tout le pelvis est rempli par un utérus fibromateux repoussé en avant par des ovaires kystiques adhérents. On fait : 1°) une hystérectomie subtotale 1^{re} ; 2°) ablation d'un kyste de l'ovaire gauche du volume d'une tête d'enfant, bloqué dans le Douglas et très adhérent à l'S iliaque, nombreux débris fibrineux dans le Douglas ; 3°) petit kyste analogue du volume d'une orange, à droite. Le contenu de ces kystes est à la fois sanguinolent et purulent, d'odeur fétide. En raison de ce fait et de l'impossibilité de faire l'hémostase du Douglas cruenté, on termine par un mikulicz à 3 mèches. Suites fébriles avec réaction pleurale gauche cédant aux anti-biotiques. — Sort le 18-2-52.

OBSERVATION N° 29. — G. R., 33 ans. — 30-12-51. — Néo du col — Curiethérapie 2 mois auparavant.

A.G. Poche de pelvipéritonite séreuse ankystée. Double annexite adhérente. Difficultés pour libérer le Douglas où l'S iliaque est adhérent. A g., l'uretère peut être disséqué de façon satisfaisante. A d., gangue empêchant la dissection au delà du croisement de l'utérine. Dans ces conditions, on termine par une totale basse. Difficultés d'hémostase sur la tranche vaginale postérieure adhérente au haut rectum. Mikulicz à 1 mèche. Suites simples.

OBSERVATION N° 30. — G. U., 35 ans. — 29-1-52. — Annexite D.

A.G. Pfannenstiel large. On trouve des lésions très importantes. Tout l'appareil ultéro-annexiel est intimement soudé à l'S iliaque et aux parois pelviennes. Libération au ciseau durant une bonne demi-heure, ablation des annexes D. A. G., conservation d'une trompe précaire et d'un ovaire scléro-kystique. En raison de l'impossibilité d'une hémostase satisfaisante du pelvis et des traumatismes multiples de l'S iliaque, on laisse un mikulicz à 1 mèche. Ligamentopexie. Suites simples. — Sort au 30^e jour.

OBSERVATION N° 31. — C. O..., 66 ans. — 9-2-52. — Péritonite néo-plasique avec occlusion.

A.G. On est très gêné par la distension de tout le grêle. Masse néoplasique dans tout l'abdomen, surtout sur l'épiploon. Le point de départ paraît être une tumeur de l'ovaire D. qui encercle l'S iliaque. Pour essayer de libérer l'intestin très vite, on libère et on enlève cette masse néoplasique. Mikulicz 2 mèches. On complète l'intervention par une cœcostomie. — Exitus le 3^e jour.

OBSERVATION N° 32. — A. B..., 46 ans. — 15-3-52. — Néo de l'isthme.

A.G. On pratique un Wertheim classique normal du côté droit, difficile à g. en raison d'une adhérence entre annexe et S iliaque. Dissection des 2 uretères, ouverture correcte du vagin. On préfère laisser un petit mikulicz à 2 mèches. Suites simples.

OBSERVATION N° 33. — D. I..., 39 ans. — 3-5-52. — Péritonie néoplasique.

A.G. Péritonite néoplasique avec de multiples adhérences, résections épiploïques, on dégage péniblement du Douglas une tumeur de l'ovaire D. du volume de 2 poings. L'ovaire G. est également néoplasique mais moins volumineux. Utérus fibromateux perdu dans une masse néoplasique. Exérèse aussi complète que possible avec hystérectomie mais le Douglas reste cruenté avec de petites pastilles néoplasiques. Mikulicz 3 mèches. Suites simples.

OBSERVATION N° 34. — L. H..., 27 ans. — 8-5-52. — Kystes de l'ovaire bilatéraux.

A.G. Annexite bilatérale. A.G. kyste du volume d'une mandarine adhérent au fond du bassin. La trompe est compromise, ablation des annexes gauches. A.D., lésions analogues, mais la trompe paraît normale. Résection des 4/5 de l'ovaire. Douglas cruenté, mikulicz 1 mèche. Suites simples. — Petite éventration. — Grossesse secondaire.

OBSERVATION N° 35. — D. U..., 55 ans. — 17-5-52. — Tumeur kystique de l'ovaire G. récidivée.

A.G. Il s'agit bien d'une tumeur kystique récidivée, développée sus le méso iliaque G. On est obligé de dépéritoniser

complètement l'S iliaque, de décoller le rectum qui adhère dans le Douglas au fond utérin. Ces manœuvres sont très hémorragiques et dangereuses pour le transit intestinal. On finit par enlever la poche complète et reconstituer un méso à peu près satisfaisant. On termine par une hystérectomie subtotala et on juge bon de laisser un mikulicz à 2 mèches en raison de l'hémostase incomplète et du danger intestinal. Suites simples.

OBSERVATION N° 36. — P. O..., 25 ans. — 24-5-52. — Kyste de l'ovaire infecté.

A.G. On découvre un gros kyste de l'ovaire G. du volume de 2 poings, adhérant intimement à la face postérieure de l'utérus et à l'S iliaque. Libération partielle de ce kyste, on est obligé de le ponctionner (contenu goudron) pour pouvoir disséquer la poche très adhérente au paramètre. Du côté D., il existe des lésions analogues, mais moins prononcées. Kyste du volume d'une orange, adhérant au Douglas et que l'on crève au cours de la libération. On pratique l'ablation des annexes gauches. A. D., conservation de la trompe et d'une bande ovarienne. L'opération terminée, on constate qu'il est impossible de libérer complètement le Douglas où l'S iliaque est intimement adhérent au fond utérin. Mikulicz à 2 mèches en raison de la difficulté de l'hémostase et du contenu infectieux intra kystique. Suites simples.

OBSERVATION N° 37. — B. A..., 46 ans. — 3-7-52. — Utérus fibromateux + kyste tubo-ovarien.

A.G. On trouve : 1°) un utérus fibromateux à noyaux multiples dont un gros comme une orange en voie de torsion ; 2°) latéralement et dans le Douglas, se trouve 2 grosses masses kystiques du volume d'un poing. Ce sont deux kystes tubo-ovariens très adhérents et qu'on a beaucoup de peine à libérer, surtout à G. où le méso iliaque est intéressé. Intervention difficile qui aboutit à une hystérectomie subtotala et laisse un péritoine cruenté. Suites simples. — Sort le 6-9-52.

OBSERVATION N° 38. — G. A..., 26 ans. — 27-10-52. — Hématocèle avec pelvi-péritonite aiguë diffusante.

A.G. Abdomen très balonné. On a de grosses difficultés pour aborder le pelvis, créées par des adhérences épiploïques et intestinales. Il y a des caillots de sang dans tout l'abdomen, mais il existe une hématocèle certaine avec un couvercle d'ahé-

rences imparfait. On libère péniblement tout d'abord un annexe G., volumineuse gorgée de sang du volume d'un poing. Trompe et ovaires sont méconnaissables, mais il semble bien s'agir à ce niveau d'une GEU. Du côté D., trompe avec un hématosalpinx sphacélique : on enlève la trompe D. La face postérieure de l'utérus saigne dès qu'on la touche, l'index pénètre facilement dans cet utérus. A ce niveau, il existe certainement une brèche utérine : infarctus possible ; une sture de cet utérus serait impossible, une hystérectomie non légitimée. Il n'existe qu'une seule solution thérapeutique : conservation utérus, ovaire droit avec un mikulicz à 3 mèches pour hémostase et exclure l'infection d'origine utérine probable. Suites simples.

OBSERVATION N° 39. — G. E..., 53 ans. — 8-1-53. — Kyste hydatique pelvien.

A.G. On trouve dans le bassin une masse sous-tension qui ressemblerait à une tumeur de l'ovaire intimement adhérente à tous les organes pelviens. On ponctionne cette masse au trocard et on retire des vésicules. On incise alors la poche supérieure et on évacue une quantité considérable de vésicules. Quant à la partie profonde qui est dans le Douglas et inabordable chirurgicalement, on ponctionne toute une série de vésicules profondes et on injecte une solution de formol à 2 %. On marsupialise la grande poche supérieure après l'avoir écouvillonnée avec la solution de formol. Drain dans la poche marsupialisée. Mikulicz à 3 mèches dans le fond pelvien après l'avoir formolé. On se réserve si le malade résiste de faire un formolage pelvien par l'intermédiaire de la plaie du mikulicz. Suites immédiates bonnes mais les essais de formolage donnent de l'hyperthermie. Maigreur persistante. Passe en médecine. Guérison.

OBSERVATION N° 40. — B. A..., 26 ans. — 10-1-53. — Néo du col. — Curiethérapie.

A.G. Wertheim. La dissection des paramètres est gênée par un tissu feutré paraissant cicatriciel abondant du côté G. où il existe un risque traumatique vésical. On juge prudent de terminer par un petit mikulicz : quelques difficultés d'hémostase au niveau du ligament utéo-sacré gauche. Suites : éviscération le 18-1-53.

OBSERVATION N° 41. — C. L..., 45 ans. — 7-3-53. Pelvi-péritonite sigmoïdite diverticulaire.

A.G. Pfannenstiel qui sera vivement regretté. Pelvi-péritonite adhésive de tout le bassin. Il existe indubitablement 2 annexites d'origine indéterminée pouvant être bacillaires. A.D. ablation de l'annexe. A.G. sigmoïdite diverticulaire. Les manœuvres de libération ouvrent l'S iliaque, suture en 3 plans de la brèche. L'annexe G. est très adhérent et on a l'impression de n'en enlever qu'une partie. Enfin, appendicite indéniable rétrocecale perdue dans des adhérences. Ectomie pénible. mikulicz à 2 mèches. Suites simples.

OBSERVATION N° 42. — A. L..., 28 ans. — Double pyosalpynx.

A.G. On trouve deux pyosalpynx volumineux surtout à D. comblant tout le Douglas et adhérent au grêle et au sigmoïde, de clivage très difficile, annexectomie D. On peut conserver l'ovaire G. Péritonisation d'une anse grêle par 3 points séparés. Mikulicz 2 mèches. Suites : Petite fistule intestinale.

OBSERVATION N° 43. — D. U..., 30 ans. — 7-5-53. — Gangrène utérine post-abortionum.

A.G. Utérus gros comme 2 poings, mou, oedémateux et de couleur violacée surtout la corne gauche. Le ligament large D. est le siège d'une importante suffusion hémorragique et oedémateuse. Hystérectomie subtotale rapide, péritonisation, mikulicz à 3 mèches. Suites : Colpotomie le 2-6-53.

OBSERVATION N° 44. — C. O..., 41 ans. — 6-6-53. — Fibrome + Double hématosalpynx.

A.G. Lésion de pelvi-péritonite plastique. On enlève d'abord un diverticule sigmoïdien sphacélé. On libère 2 annexites importantes collées dans le Douglas, violettes : hématosalpynx, libération pénible. Il existe, en outre, un utérus fibromateux avec gros noyau antérieur et pré-isthmique qui gêne surtout du côté G. Hystérectomie subtotale très difficile, le col est fixé par la Douglassite et, de plus, à G., grosse difficulté d'hémostase sur une cervico-vaginale. On essaie en vain de péritoniser mais le péritoine pelvien se déchire et saigne. Mikulicz à 3 mèches. Suites simples. — Sort le 22-7-53.

OBSERVATION N° 45. — D. H..., 46 ans. — 13-6-53. — Fibrome + Annexite bilatérale suppurée.

A.G. Tout le pelvis est bloqué par un utérus fibromateux flanqué de deux annexites suppurées très adhérentes avec particulièrement à D. un kyste sous-ligamentaire suppuré. Travail long et pénible de libération, ablation du kyste en ouvrant la poche (risque urétéral). On arrive cependant à enlever entièrement les deux masses annexielles et à faire une hystérectomie subtotale. Mikulicz à 3 mèches étant donné l'impossibilité de péritoniser. Suites simples. — Sort le 4-8-53.

OBSERVATION N° 46. — R. A..., 43 ans. — 26-6-53. — Néo du col. — Curiethérapie.

A.G. Utérus néoplasique qui est fixé dans la profondeur, il n'y a pas de Douglas, on tente néanmoins un Wertheim, dissection très pénible des deux uretères dans une gangue feu-trée, difficultés à la fois du côté de la vessie et en arrière. — Wertheim très atypique. Mikulicz 3 mèches. Suites simples. — Sort le 8-8-53.

OBSERVATION N° 47. — V. E..., 35 ans. — 11-7-53. — Hématocèle ancienne.

A.G. Il s'agit d'une hématocèle tubaire D. qui saigne un peu dans le péritoine du volume d'un poing et qu'on décolle assez facilement, ablation de l'annexe D. Du côté G., annexe adhérente dans le Douglas : libération. Douglas contenant des caillots, adhérent à l'S iliaque et au fond utérin. On n'arrive pas à faire une hémostase suffisante, le fond du bassin reste très cruenté. Mikulicz à 1 mèche. Suites simples.

OBSERVATION N° 48. — G. A..., 26 ans. — 3-9-53. — Abscess de l'ovaire G. Post-abortion.

A.G. Sous le sigmoïde se trouvent plaqués la trompe et l'ovaire G. qui font un magma abcédé s'enfonçant dans la musculo-muqueuse sigmoïdienne. Extériorisation, annexectomie G. Mikulicz sous le sigmoïde. Suite simple. — Sort le 5-10-53.

OBSERVATION N° 49. — T. H..., 31 ans. — 10-9-53. — Pyosalpinx bilatéral.

A.G. Deux énormes pyosalpinx remplissent le Douglas, trompes et ovaires constituent la paroi d'abcès en corne d'abon-

dance sous pression, annexectomie bilatérale avec conservation d'un peu d'ovaire G. Mikulicz 2 mèches. — Suites simples. — Sort le 13-9-53.

OBSERVATION N° 50. — W. E..., 45 ans. — 26-9-53. — Kystes endométriaux.

A.G. Le sigmoïde, la vessie sont complètement plaqués et à certains endroits pénètrent dans des zones anfractueuses, entre les multilobules de 2 kystes endométriaux enfoncés dans le Douglas. On libère les kystes en crevant les poches. Douglas cruenté mikulicz 3 mèches. Suites simples.

OBSERVATION N° 51. — O. T..., 35 ans. — 28-9-53. — Pyosalpynx G. avec température oscillante.

A.G. La main forcée par une température à grand clocher d'abcès avec une grosse masse perceptible au toucher vaginal, on redoute la perforation intra-abdominale et on se décide à intervenir. On doit libérer le sigmoïde qui englobe une masse du volume d'une tête fœtale dont on aspire le contenu qui est du pus franc. Il est alors facile d'enlever la poche dont l'hémostase reste un peu difficile au niveau des zones d'adhérence. Mikulicz 3 mèches. Suites très simples.

OBSERVATION N° 52. — C. E..., 32 ans. — 1-10-53. — Hématocèle retro-utérine.

A.G. Hématocèle dont le plafond est constitué par du grêle et l'S iliaque. Ablation de multiples caillots organisés et on découvre des lésions annexielles considérables. Côté D. : grossesse tubaire rompue ; côté G. : ovaire multi-kystique du volume d'une orange avec trompe bouchée. On est obligé de pratiquer à G. l'ablation de l'annexe, à D. l'ablation de la trompe, en conservant l'ovaire, mais les villosités placentaires forment une énorme poche qui adhère au rectum et à l'S iliaque, il est impossible de les enlever complètement et le pelvis cruenté saigne beaucoup. Mikulicz 3 mèches. Suites simples. — Sort le 29-10-53.

OBSERVATION N° 53. — B. E..., 24 ans. — 17-10-53. — Ovarite sclero-kystique.

Annexectomie D. Résection 4/5 ovaire G. Appendicectomie difficile. Au 3^e jour, syndrome de shock abdominal avec tension artérielle à 6. Réintervention. On trouve : 1°) du sang

en moyenne quantité (150 à 200 cc.) qui vient du méso infundibulo-tubérien G. : hémostase ; 2°) mais on se rend compte que le problème n'est pas là. On sectionne l'aponévrose perpendiculairement au Pfannenstiël et on remarque que l'iléon est collé sur le cœcum sur 3 à 4 cm. formant boucle. Cela peut être facteur de troubles réflexes qui, combinés à la perte sanguine, peut expliquer le syndrome observé. Mikulicz à 1 mèche dans le Douglas. Suites simples.

OBSERVATION N° 54. — G. O..., 43 ans. — 2-410-53. — Tumeur kystique de l'ovaire D.

A.G. Enorme tumeur kystique de l'ovaire D. du volume d'une tête d'adulte, en grande partie sous mésocolique. En la ponctionnant partiellement, on a déjà le risque d'entrer dans le sigmoïde. Grosses adhérences épiploïques à la paroi abdominale et à la vessie. On libère très difficilement la partie supérieure du kyste, mais la partie inférieure est très adhérente au Douglas et développée dans le paramètre. On est obligé de faire une hystérectomie subtotala 1^{re} et d'enlever ensuite la paroi kystique fragment par fragment. L'uretère D. a fort bien pu être lésé car on n'arrive pas à trouver de plan de clivage net dans le paramètre. Bassin très cruenté, mikulicz 3 mèches. Suites simples.

OBSERVATION N° 55. — C. R..., 47 ans. — 25-10-53. — Pyosalpynx D. Hydro-salpynx G.

A.G. Tout un bloc épiploïque recouvre le pelvis. On le réssèque et l'on découvre tout d'abord une anse grêle coudée et très adhérente avec, en un point, un rétrécissement marronné et suppuré qui fait penser à de la tuberculose du grêle. Libération difficile de cette anse, un point d'enfouissement. Lésion annexielle considérable : 1°) A.G., Hydrosalpynx du volume d'un poing, ablation facile de cette annexe ; 2°) A.D., Pelvipéritonite cloisonnée avec adhérence vésicale. Pyosalpynx et ovarite suppurée, difficulté d'ablation, mikulicz à 2 mèches, indispensable en raison des zones cruentées pelviennes dans un milieu suppuré. Suite : infactus au 14^e jour.

OBSERVATION N° 56. — R. I..., 53 ans. — 27-10-53. — Tumeur de l'ovaire D.

A.G. Enorme masse du volume d'une courge non ponctionnable nécessitant une incision xiphopubienne. Annexectomie D. Annexectomie G. complémentaire. Mikulicz 3 mèches. Suites simples.

OBSERVATION N° 57. — G. A..., 25 ans. — 3-12-53. — GEU D.
+ perforation utérine.

A.G. On trouve des lésions pelviennes considérables. S iliaque intimement adhérent au fond utérin. Au niveau de la face postérieure, il existe manifestement une lésion traumatique, libération difficile de cet S iliaque. Il existe une brèche intestinale, sans atteinte apparente de la muqueuse sur laquelle par prudence, on met trois points serrés ; 2°) L'annexe G. est à peu près saine, à D. masse grosse comme un poing, très adhérente au pelvis où trompes et ovaires sont confondus et qui contient un énorme hémato-salpynx infecté correspondant très probablement à une tubaire méconnue et réchauffée par les manœuvres avortives. Libération pénible de cet annexe et ablation, mais la paroi pelvienne reste très cruentée et toute la corne utérine droite est cartonnée, très inflammatoire et saigne sans qu'on puisse faire une hémostase complète. Mikulicz à 3 mèches. Suites simples.

CHAPITRE IV

RESULTAT ET ANALYSE DE CES OBSERVATIONS

Ces 57 observations récoltées sur l'espace de 5 ans montrent que l'emploi du « mikulicz » au service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu reste encore très utilisé, du moins avec la technique moderne plus haut décrite par le Docteur LABRY et ses élèves. En effet, pendant la même période, environ 2.000 laparotomies gynécologiques ont été faites et seulement deux colpotomies et cinq drainages vaginaux après hystérectomie totale, sont à rapprocher de ces 57 « mikulicz ».

Il est à noter que ce service reçoit des péritonites particulièrement graves, du fait qu'il draine des indications opératoires de deux services de maternité voisins et il est évident aussi comme le disait M. LABRY à la Société de chirurgie de Lyon du 4 février 1954 que, peut-être pour défendre une méthode, les indications de ce petit « mikulicz » ont été, sans doute, un peu poussées et qu'une dizaine de cas auraient pu s'en dispenser. Il n'en reste pas moins vrai que toutes les observations signalées plus haut concernent des cas graves dans lesquels les circonstances opératoires (shock chez des malades âgés, accidents graves d'anesthésie), ont pu pousser à terminer relativement vite une opération et dans lesquelles, surtout, les impossibilités ou les difficultés de péritonisation, des zones cruentées pelviennes jointes à certains traumatismes viscéraux ou des affections particulièrement graves ont indiqué le « mikulicz ».

Celui-ci, d'ailleurs, se justifie par l'excellence des résultats que nous avons contrôlés. En effet, sur ces 57 observations, nous ne trouvons que deux décès post-opératoires, un au 7°

jour (obs. 7) chez une malade ayant fait un accident d'anesthésie et décédée de péritonite aiguë diffusante, alors que le « mikulicz » avait été placé pour terminer rapidement l'intervention ; un au 3^e jour (obs. 31) chez une malade en très mauvais état général, opérée d'une péritonite néoplasique au-dessus de toute ressource thérapeutique.

— Deux complications pulmonaires banales ayant rapidement cédé aux anti-biotiques (obs. 3-28).

— Un infarctus pulmonaire avec phlébite pelvienne (obs. 55).

— Trois fistules transitoires dont une consécutive à une plaie traumatique intestinale (obs. 13-27-42).

— Deux abcès du Douglas (obs. 16-43).

— Deux petites éventrations (obs. 20-34).

Nous avons donc 43 malades sur 57 qui ont eu des suites simples, soit 77 %. Ce chiffre étant donné, la gravité de l'ensemble des cas considérés représente un pourcentage intéressant.

Nous allons, du reste, considérer plus en détail les différents points particuliers que l'on reproche au « mikulicz ». Nos deux décès ne sont sûrement pas imputables à la méthode. Ils ne représentent, d'ailleurs, qu'une proportion d'à peine 4 %. Dans la statistique de RICHOUN, en 1942, il y avait 6 décès sur 27 malades, soit environ 22 %. Or, la gravité des cas considérés semble à peu près parallèle. Il est donc certain que l'acquisition des antibiotiques et des thérapeutiques anticoagulants a, de beaucoup, amélioré les résultats et, bien loin, de devoir faire considérer le « mikulicz » comme une méthode désuète, elle montre que l'association judicieuse de moyens luttant dans le même but, permet de sauver un plus grand nombre de vies.

On a reproché au « mikulicz » de favoriser la rétention des liquides et d'entretenir la supuration allongeant ainsi considérablement les suites opératoires. Si les mèches sont enlevées correctement, on ne trouve pas de complications de

cet ordre, presque toutes nos malades sont sorties de l'hôpital entre 3 semaines et 1 mois et demi, après l'opération. Nous relevons seulement 2 abcès du Douglas drainés par colpotomie.

Nous n'avons pas non plus d'hémorragie au moment de l'ablation des mèches, pas plus que d'embolies ainsi que cela était décrit. Nous avons eu une seule phlébite qui a provoqué un petit infarctus pulmonaire. Cette proportion de moins de 2 % n'est certainement pas particulière. Il semble même que les accidents phlébitiques soient plus rares que chez les malades drainées que les autres opérées du petit bassin.

En fait, les trois plus importants reproches que l'on a fait au « mikulicz » est qu'il semble favoriser : les fistules intestinales, les éventrations, les occlusions post-opératoires.

Les fistules. — Nous relevons, en effet, dans les observations, trois fistules intestinales dont 2 sygmoïdiennes et une rectale haute. Il nous est apparu que c'était peut-être là le reproche le plus justifié puisque c'est la complication que nous avons observée le plus souvent. Il faut, toutefois, noter que ces fistules ont toutes régressé rapidement et spontanément en 15 jours à trois semaines et que nous n'avons pas eu de fistules persistantes. L'une d'elles, d'ailleurs, était consécutive à une plaie opératoire du rectum.

Les éventrations. — Le « mikulicz » créerait dans la paroi un point faible, rendrait la consolidation plus précaire et serait ainsi l'agent d'éventrations. IGONET (thèse Lyon 1906), en trouve dans 50 % des cas, et PEACHLER et SWEIFEL, dans 48 %. Pour nous, nous n'en avons relevé que deux cas (dont un opéré secondairement avec succès) plus 1 éviscération dans les suites opératoires immédiates, d'ailleurs au-dessus du « mikulicz » que l'on a laissé en place après cure chirurgicale. Avec nos 5 %, nous sommes ainsi loin des 50 % plus haut cités.

Les occlusions post-opératoires. — « L'occlusion intestinale post-opératoire est plus fréquente qu'avec tout autre mode de drainage » QUENU. Or, nous n'en relevons aucun cas parmi nos 57 observations. Peut-être quelque difficulté au 3^e jour, lors de la crise des gaz, mais cédant rapidement aux moyens

médicaux habituels. Du reste, il suffit de se rappeler que lorsqu'on est obligé de réintervenir pour occlusion post-opératoire après laparotomie sans drainage, c'est au niveau de zone dépéritonisée et cruentée que s'en trouve la cause. Logiquement, le « mikulicz », en supprimant la cause de ces occlusions, non seulement, ne les favorise pas, mais encore, doit les éviter.

Enfin il est deux faits sur lesquels nous voudrions insister.

1°) *Adhérences et brides post-opératoires.* — Ce problème est particulièrement intéressant puisque de nombreux auteurs ont insisté sur les méfaits des drainages par drains de caoutchouc générateurs de brides péritonéales et, par là, d'accidents du transit : douleurs, sub-occlusions et même occlusions vraies. Pareil inconvénient devrait se rencontrer avec le « mikulicz » puisque l'un de ses buts principaux est de cloisonner la cavité pelvienne. Or, si le « mikulicz » crée à lui seul une péritonisation, il n'entraîne pas de péritonite plastique et lorsque l'on a à réintervenir pour une cause entièrement différente chez des malades ayant eu un « mikulicz », une exploration poussée a montré une cavité péritonéale et un pelvis entièrement libre de toute adhérence ou bride.

2°) *Perméabilité tubaire.* — Ce problème se pose en fait rarement : lorsque l'on place un « mikulicz », il s'agit d'affections graves et il est rare de faire une conservation utérine et annexielle. Quelques-unes de nos malades relevaient cependant d'une telle association. L'une d'elles (observation 34) a eu une grossesse normale menée à terme, une autre opérée une première fois en 1949, d'un pyosalpynx droit avec conservation des annexes gauches (obs. 8), est entrée à nouveau dans le service pour une collection suppurée gauche paraissant consécutive à des manœuvres avortives (obs. 48). Un curetage pratiqué avant la laparotomie a confirmé l'existence d'une grossesse en ramenant de nombreux débris placentaires. Enfin, chez une 3^e (obs. 53), une salpingographie a montré une perméabilité tubaire parfaite.

L'importance de tels faits méritait amplement d'être soulignée.

CHAPITRE V

LES INDICATIONS

Il est bien évident que le temps est passé où, systématiquement, toute péritonite aiguë ou purulente était suivie d'un gros « mikulicz » terminal ; il est bien évident aussi qu'avec les progrès de l'anesthésie permettant une opération plus longue et un silence abdominal plus parfait et avec le secours de l'électro-coagulation, voire de substances coagulantes locales, la technique opératoire et une hémostase plus parfaite se sont perfectionnées et que des interventions périlleuses autrefois, ne les sont plus. Il est certain aussi que les antibiotiques sont transformé, non seulement le traitement des péritonites gynécologiques, mais ont permis aussi une sécurité post-opératoire plus grande. C'est ainsi, par exemple, que l'on ne peut plus parler de « mikulicz » systématique dans telle ou telle opération comme le voulait, par exemple, autrefois, J.-L. FAURE, dans l'hystérectomie élargie à la Wertheim.

Il n'en est pas moins vrai qu'en pratique et malheureusement souvent encore, on peut être amené à faire des opérations incomplètes (envahissement néoplasique), hémorragiques (zones cruentées non péritonisables), ou bien encore, se trouver en présence de lésions ultra-septiques inévitables ou ayant déjà inoculé le péritoine largement (rupture du pyosalpynx, infarctus ou perforation infectée de l'utérus dans le post-abortum) et la lecture des observations précédentes reste à ce sujet caractéristique.

Il est difficile de dire exactement quand il faut placer un « mikulicz », ceci ne peut être systématisé. Les conditions locales, plus haut envisagées, se combinent avec l'âge, la résis-

tance de la malade, son état plus ou moins taré (obésité, diabète), les accidents opératoires (shock, anémie, accidents anesthésiques malgré tout possibles, parfois encore syncopes) et parfois un « mikulicz » imprévu au début de l'intervention s'impose brutalement à la fin de celle-ci pour encore sauver l'opérée.

C'est donc un peu théoriquement que nous discuterons les grands groupes d'indications du « mikulicz ».

1°) *Infection péritonéale :*

C'est bien là où le « mikulicz » a perdu aujourd'hui le maximum de terrain. Les anti-biotiques ont entièrement modifié l'évolution des pelvi-péritonites aiguës d'origine génitale chez la femme. Les péritonites aiguës diffusantes primitives, deviennent exceptionnelles, les pelvi-péritonites suppurées, des plus rares.

Cependant, certaines affections du post-partum ou post-abortionum à streptocoque ou perfringens, gardent toujours et malgré les antibiotiques, un pronostic extrêmement grave ; de même, la rupture de certains pyosalpynx ou la perforation de collections suppurées au cours d'affections néoplasiques (perforation de cancer du corps utérin, tumeur ovarienne suppurée, etc.). Dans ces cas, l'affection péritonéale aiguë implique toujours l'indication opératoire et le drainage à la « mikulicz » combiné aux antibiotiques reste à préconiser.

2°) *Les difficultés d'hémostase.*

Tout acte opératoire doit s'accompagner d'une hémostase minutieuse : ligature des artérioles, des veines importantes, électro-coagulation des zones profondes difficilement accessibles ou des points saignant en nappe. Cependant, il arrive assez fréquemment, surtout au cours de l'ablation d'annexites chroniques très adhérentes ou après le décollement progressif et laborieux de tumeurs ovariennes qu'une large plaie cruentée du fond pelvien persiste, impossible à recouvrir, impossible à assécher complètement. On hésite malgré le secours de coagulants locaux, malgré le secours de l'électro-coagulation répétée

à refermer le ventre en laissant suinter cette petite nappe hémorragique qui peut être source, sinon d'anémie, du moins d'abcès pelviens secondaires ou d'adhérences et d'occlusion. C'est dans ces cas où le *tamponnement* hémostatique du « mikulicz » doit rendre encore des services certains.

3°) *Péritonisation incomplète et lésions viscérales :*

Dans les lésions inflammatoires annexielles anciennes ou dans les lésions néoplasiques, ou du fait de certaines conditions anatomiques (inclusion large d'un fibrome ou d'une tumeur de l'ovaire), il peut arriver qu'un péritoine pariétal inflammatoire et des mesos intestinaux rétractés, empêchent toute péritonisation correcte permettant de recouvrir une zone cruentée ou très inflammatoire. Parfois, les choses se compliquent encore du fait qu'une fistule intestinale ou urinaire ou d'un sphacèle utérin. Parfois encore, une ligature obligatoire d'un méso intestinal fait craindre l'évolution de lésions graves intra-péritonéales secondaires. Dans tous ces cas, le « mikulicz » apparaît des plus utiles, pour cette fois-ci, *exclure* du grand ventre cette partie dangereuse ou exposée du pelvis.

Cette manière de faire est loin de présenter un caractère désuet. Elle permet, au contraire, les conservations les plus osées chez des jeunes femmes qui, sans ce procédé, auraient dû, pour être sauvées subir une hystérectomie, et nous soulignons à ce sujet l'intérêt de notre observation N° 38 qui permit la conservation d'un utérus perforé du post-abortionum, suivi d'infarctus utérin.

4°) *Etat général de l'opérée.*

Il faut ajouter à ces considérations d'ordre local, des indications d'ordre général. Certes, il ne faut pas voir dans le « mikulicz » le moyen de « bâcler une opération » ; mais chez les malades âgées souvent affaiblies par une affection sévère, par des infections prolongées ou chez des malades tarées, obèses, chez des néoplasiques présentant brusquement un shock per-opératoire, le « mikulicz » permet en supprimant une péritonisation pouvant être longue et laborieuse, de rac-

courcir d'autant la durée de l'intervention. Etant donnés les progrès de l'anesthésie, l'utilisation courante du circuit fermé, des procédés de réanimation moderne, ce facteur temps joue beaucoup moins qu'il y a vingt ans. Il ne faut, toutefois, pas le négliger et il peut intervenir de temps à autre de façon péremptoire. Exceptionnellement, mais certainement, de telles malades seront encore sauvées par un « mikulicz ».

Nous ne saurions trop répéter à la fin de ce chapitre d'indications qu'on ne peut ainsi raisonner que théoriquement. C'est un ensemble qui doit pousser l'opérateur à demander au cours même de l'opératoir, le « mikulicz ». Il ne saurait s'agir d'affolement pas plus, qu'aujourd'hui, il ne saurait s'agir de système. Mais lorsque l'on prévoit en chirurgie gynécologique une opération grave, longue chez une malade âgée ou peu résistante et faite, soit pour des lésions annexielles anciennes, importantes ou pour des tumeurs dont l'exérèse peut être difficile, voir incomplète, il faut alors prévoir l'utilisation du « mikulicz », ne pas oublier qu'il conserve actuellement encore les deux principales propriétés : le tamponnement hémostatique du pelvis et l'exclusion péritonéale.

Combiné aux antibiotiques, placé bas, sus-pubien et réduit à de minimes dimensions, il permet alors sans être une méthode de facilité, de terminer rapidement une opération de la façon la plus sûre et de sauver encore aujourd'hui la malade, sans avoir les complications locales qui lui furent jadis attribuées.

CONCLUSIONS

1°) Le principe du « mikulicz » : tamponner et exclure une zone très infectée ou cruentée du pelvis, malgré les progrès réalisés actuellement par des perfectionnements de l'anesthésie et l'efficacité des antibiotiques, garde encore en chirurgie gynécologique, des indications.

2°) A conditions d'être un « petit mikulicz sus-pubien » dont nous exposons la technique, ce procédé ne mérite plus les violents reproches qui lui ont été, jadis, adressés. Entr'autre, il donne une bonne cicatrice sans éventration et n'est pas suivi d'occlusion post-opératoire.

3°) Sur l'espace de 5 années, nous relevons 57 tamponnements à la « mikulicz » au service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu (Docteur LABRY), concernant tous des cas graves. Deux morts post-opératoires seules sont à signaler.

4°) L'emploi du « mikulicz » dans les péritonites gynécologiques n'a plus aujourd'hui que des indications très restreintes dans des cas où l'infection péritonéale reste toujours très sévère malgré les antibiotiques. (Streptocoque, perfringens, perforations avec sphacèle du post-abortionum, rupture de pyosalpynx).

5°) Il garde toujours des indications au cours d'interventions pour annexites chroniques très adhérentes ou au cours des interventions pour néoplasmes pelviens alors que l'exérèse des lésions est difficile, parfois incomplète et laisse des zones cruentées pelviennes largement suintantes pour lesquelles une hémostase et une péritonisation correctes restent impossibles.

Les circonstances d'ordre général (âge, résistance de la malade, accident per-opératoire, shock, syncope anesthésique), se mêlent aux considérations locales pour ces indications.

6°) Les résultats éloignés du « mikulicz » sont excellents, non seulement en ce qui concerne la paroi (2 seules petites éventrations signalées), mais aussi en ce qui concerne la chirurgie conservatrice annexielle (2 grossesses consécutives).

Le Doyen,
HERMANN.

Le Président de la Thèse,
ROCHET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 Juin 1954

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Le drainage de l'abdomen par la méthode de Mikulicz (*thèse* Paris 1926).
- AUVRAY. — A propos du mikulicz. *Bulletin de la Société de Chirurgie* 3-7-1926.
- BALDWIN. — Méthode de drainage en chirurgie abdominale et pelvienne. *The American Journal Of Obstetric And Disease Of Woman And Children*. T. LXI N° I. Janv. 1910.
- BERGMAN. — Ueber Wendbehandlang mit iodoformit tempnade. *Arch. f. Klin Chirurg.* 1887, Bd, XXXVI. p. 72.
- BÖCKEL. — *Société de chirurgie*, 1887.
- BRENANS. — Etude clinique du drainage à la Mikulicz et inconvenients. Moyens de remédier à ces derniers (*Thèse* LYON 1894).
- BERNAGE. — Some relats of the posmith of draining the périton. cavity after périnéale, op. 1898, Boston.
- BERTRAND (P.) et GREYSSSEL (J.). — *Traité de thérapeutique chirurgicale*. P. 2944 - 2976 - 3098.
- CADENAT et PATEL. — *Congrès de Chirurgie de langue française* 1927. — Du drainage en chirurgie abdominale.
- CHASSAIGNAC. — *Traité de la suppuration et du drainage* (1851).
- CLARK. — Revue critique de 1700 cas de laparotomie au point de vue drainage abdominal. *American Journ. Obstétric* 1897.
- CORDIER. — Péritonéal irrigation and drainage. *American Gyn. and ped.* 1898, XI, N° 9, p. 676.
- DELBET. — a) Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine. *Annales de gynécologie*, 1890 ;
b) Des suppurations pelviennes - Paris 1892.
c) Congrès de chirurgie 1898, T.I., P. 71-99.
- EVENOU. — Etudes comparatives de la valeur des moyens de drainage après hystérectomie abdominale. (*Thèse* Paris, 1942).
- FAURE (J.-L.). — a) Chirurgie des annexes de l'utérus - Paris 1902.

- b) *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 2-7-1919. P. 1038 à 1050. Discussion : Delbet, Quenu, Savariaud, Pauchet, Tuffier, Baudet, Rochard, Wiard, Reynier, Hartmann.
- c) Le drainage systématique à la Mikulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col utérin. *Société d'obstétrique et de gynécologie*, 10-12-1923.
- d) *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 14-5-1924, p. 613.
- e) Le cancer de l'utérus. Bibliothèque du cancer.
- f) Wertheim et « mikulicz ». *Presse médicale*, Juin 1942.
- FOURMESTRAUX (de). — L'hystérectomie large dans le cancer de l'utérus. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 8-7-1925. P. 831.
- GOSSET. — Le drainage en chirurgie gynécologique. *La gynécologie*, Nov.-Déc. 1942. P. 173.
- GUILLEMOT. — Contribution à l'étude du drainage en gynécologie. (*Thèse Paris*, 1914).
- HARTMANN. — *Traité de gynécologie opératoire*. Paris, Steinheil, 1911, p. 292.
- et METGER. — Le drainage abdominal en gynécologie, à propos de 997 cœlotomies consécutives. *Ann. de gyn. de Paris*, 1910, p. 51.
- HEGAR. — a) *Centralbl. f. ginek*, 1882, N° 7.
- b) Weedow oper. Behandl der genital tuberculose. *Centr. f. Ginek*. 1885, p. 561.
- IGONET. — Contribution à l'étude du drainage dans les laparotomies. (*Thèse Lyon* 1906).
- KEHRER. — Kapillar drainage der Banchote. *Centr. f. Ginek.*, 1882, N° 1.
- KELLY. — *Opérative Gynecology*, 1898.
- KEMPF. — Sur l'opportunité du drainage du petit bassin en gynécologie. (*Thèse Paris* 1949).
- LABRY et NEUMANN. — *Société de chirurgie de Lyon*, 4-2-1954.
- LAURENT. — Considérations sur le traitement chirurgical des péritonites du post-abortion. (*Thèse Lyon*, 1945).
- LEDoux. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale totale avec drainage. (*Thèse Paris*, 1925).
- LEPLAY et MAY. — a) Recherches sur l'absorption péritonéale. *Bull. Sc. biol.*, 29-7-1911.
- b) Etude de la résorption péritonéale à la suite de lésion de la muqueuse. *Bull. Soc. biol.*, 21-10-1911.
- MADRID. — Pourquoi nous employons la technique de drainage à la « mikulicz », de J.-L. FAURE. *Presse médic.* N° 77, 26-9-1925. p. 1287.

- MIKULICZ RADECKI (Von). — a) Huber die auwendung der anti-sept. der laparotomie mit besund Ruchs auf die drainage der péritonéalhole. *Arch. f. Klin chirg.*, 1881, B, XXVI, S. III.
- b) Über die Auschlung todter Raume aus der Péritonéalhole *Berlin Klin. Woch.*, 1884, N° 21, p. 352.
- c) Verhanlunger die Deutschen Gesellschaft f. Chir. Berlin, 1886, p. 187. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1886. T. XXXIII, p. 635-657.
- d) Über die Neuesten Bestrebungen die Aseptische Wund behendlung Zu Vervolkommen. *Verhandl d. deutsch f. chirur.* B. d. 152, ss 187.
- NIEL. — La technique du tamponnement à la « mikulicz ». *Pres. médic.* N° 23, 21-3-1925, p. 374.
- OLSHAUSEN. — a) *Berlin Klin. Woch.*, 1876.
Wieder die drainage. *Zeitscher f. Geb. und Gynek.* Stuttgart, 1903, XLVIII.
- POZZI. — a) *Tr. de gynécologie clinique et opératoire.* Paris, Masson, 1904, p. 131.
- b) Du drainage capillaire et du tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de gaze iodoformée. (*Bull. Soc. de chir. de Paris*, 1888, 29-2, p. 205.
- PEASLEE. — Ovarious tumors, 1885.
- PERDOUX. — Du drainage en gynécologie. *Thèse*, Paris, 1912.
- PREOBAJNSKI. — Les bases physiques du traitement antiparasitaire des plaies. *Annales de l'Inst. Pasteur*, 1897.
- QUENU. — a) *Nouvelles archives d'obst. et gynéc.*, 1894, p. 423.
- b) Du drainage dans la paratomie pour inondation péritonéale. *Sté de Chir.*, 1900, p. 368.
- RICHELOT. — Chirurgie de l'utérus, Paris, 1901.
- RICHOUD. — Le « mikulicz » en gynocologie. (*Thèse* Lyon 1943).
- SCHRÖEDER. — *Berlin Kli. Wochenschrift*, N° 16, 1882.
- Société de Chirurgie de Paris, 6-3-1915. Discussion.
- VILLARD. — Mode d'action et indication du tamponnement de « mikulicz ». (*Sté de Chir. de Lyon*, février 1927).
- VIOLET. — Le drainage dans les laparotomies du domaine gynécologique. *Ann. de gyné. de Paris*, 1906.
- WIEDOW. — a) Die drainage der Bauchlöhle und das Bauch spéculum. *Berlin klin, woch.* N° 39, 1884.
- b) Oper. begund der genit. tuberculose. *Centr. f. gynek.* septembre, 1885.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
LE « MIKULICZ ACTUEL ».....	15
LES OBSERVATIONS	19
RÉSULTAT ET ANALYSE DE CES OBSERVATIONS.....	35
LES INDICATIONS	39
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

